原町赤十字病院 薬剤部　　保険薬局→薬剤部→担当医

送付先 FAX：0279-68-2892

【注意】この FAX による情報提供は疑義照会ではありません。
疑義照会は処方せん記載の問い合わせ先に電話にて行ってください。

トレーシングレポート（保険薬局がん化学療法情報提供書）

担当医：＿＿＿＿＿＿科＿＿＿＿＿＿＿＿医師　　報告日（西暦）：＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

患者番号(ＩＤ)： 患者氏名： 患者生年月日：	保険薬局 名称： 住所： TEL：　　FAX： 担当薬剤師：　　印

☐ この情報提供を行うことに関して患者様の同意を得ています。

☐ 患者様の同意は得られておりませんが、治療上重要と考えられるため報告いたします。

がん化学療法レジメン名称：

報告対象薬剤の名称：

【該当する情報提供項目にチェックをお願いします】

☐ 抗がん薬によると思われる有害事象の報告（可能であれば CTCAE 5.0 に基づき報告してください）

☐ 抗がん薬以外の薬剤によると思われる有害事象の報告

☐ 抗がん薬および支持療法の服薬状況の報告

☐ その他

【患者様の状態確認を行った状況にチェックをお願いします】

☐ 薬剤交付時　☐ 電話でのフォローアップ時　☐ 患者様からの相談時（薬剤交付日以降）

情報提供内容・提案内容をご記入ください。

※このトレーシングレポートは連携充実加算に基づいた、保険薬局から担当医への報告です。

※緊急性のある問い合わせや報告は、各科外来窓口に直接電話にてお願いします。

※トレーシングレポートの FAX に対する返信等は行っておりません。次回処方への反映等をご確認ください。

薬剤部 確認者印